

IDENTITE PATIENT

**date de prescription :**

---

**(AFFECTION EXONERANTE COVID-19) EXO 3**

---

**DATE DE DEBUT DES SYMPTOMES :**

**ACTE D'EDUCATION PRESENTIEL INFIRMIERE DOMICILE**      **J 7 OBLIGATOIRE**

**Acte AMI 5.8 de surveillance clinique de prévention pour un patient à la suite d'une consultation pour épisode de décompensation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) suite à suspicion covid-19.**

- NOMBRE D'ACTES /j
- DUREE EN j

Acte AMI 5,8 est cumulable à taux plein en dérogation de l'article 11B de la NGAP.

**ACTE INFIRMIER DE SUIVI PAR TELEPHONE**

**Surveillance à domicile du patient par télésuivi. Le télésuivi infirmier est réalisé préférentiellement par vidéotransmission avec le patient, ou par téléphone si les équipements du patient et de l'infirmier ne le permettent pas.**

- NOMBRE D'ACTES /j
- DUREE EN J

**SIGNATURE PRESCRIPTEUR**